

# ¿TODO ES ORGÁNICO, TODO ES PSICOLÓGICO O TODO AL CONTRARIO?

SIDNEY GLINA

Cuando empezó este problema, Juan tenía 52 años. Todo fue muy intenso. A pesar de fumar 20 cigarrillos por día y estar afectado de una diabetes razonablemente controlada hacía dos años, su vida sexual era normal, “nunca había tomado ningún comprimido para ayudar a lograr la erección”. En una fatídica noche, durante una relación sexual normal, Juan recibió una llamada en la que le decían que su tienda había sido asaltada; él se quedó muy molesto pero decidió terminar la relación sexual antes de correr a la tienda para contabilizar las pérdidas. Sin embargo, no logró llegar al final de la relación: “Doctor, ¡fue increíble! ¡Él no se levantaba! ¡Yo lo intentaba, María hizo de todo, pero él no quiso saber de nada!”

En los días siguientes, Juan se quedó muy estresado. El daño había sido muy grande, pero la “falla” no le salía de la cabeza. Todas las noches iba a la cama con María e intentaba relacionarse sexualmente con ella. En el inicio, la erección era buena, pero en el momento de la penetración, el pene perdía la rigidez y Juan no lograba éxito.

Muchas veces se despertaba con una erección muy rígida, despertaba a su esposa e intentaba penetrarla; sin embargo, la mayoría de las veces no

tenía éxito. Incluso durante la masturbación - que antes le era una práctica muy fácil -, empezó a eyacular con el pene a “media bomba”. Como María había empezado a quejarse de la insistencia diaria y no quería seguir con los intentos - “a fin de cuentas Ud. no lo consigue de veras” -, Juan fue a una casa de masaje para hacer un test. Y una vez más no obtuvo éxito. En el inicio parecía que lo lograría pues la erección estaba buena, pero desaparecía en el momento de poner el preservativo. “Menos mal que se trataba de una profesional. ¡El fiasco fue más pequeño!”

Fue a la farmacia y compró un inhibidor de fosfodiesterasa tipo 5, “lo de mayor dosificación y de marca más famosa”. Después, Juan llevó un ramo de flores y una botella de vino chileno a casa, se le convenció a María a intentar una vez más y ni con el comprimido la erección fue buena. Él consiguió eyacular pero no penetró a la esposa y ésta se quedó muy nerviosa.

Juan se quedó muy deprimido y, gradualmente, pasó a perder las ganas de masturbarse y de intentar practicar cualquier actividad sexual. Volvió a la casa de masajes otras tres veces más y salió con prostitutas unas cuatro veces. La penetración tuvo éxito sólo en una de

las veces, tras haber tomado dos comprimidos de sildenafil 100mg y sin el uso de preservativo. En las dos últimas veces siquiera intentó la penetración: practicó únicamente el sexo oral.

Juan buscó a un urólogo y, en una rápida consulta, éste le prescribió la misma medicación que ya estaba usando, pero sin éxito. Su endocrinólogo le sugirió que buscara a un especialista “que no estaba registrado en mi obra social y que cobraba muy caro la consulta, pero era muy famoso.” Él le sometió a varios exámenes: una ecografía Doppler mostró “arterias normales”; no obstante, la velocidad diastólica estaba muy alta, en todas las medidas; las hormonas estaban normales; no tuvo erección con la inyección de prostaglandina. El médico le dijo a Juan que él padecía una “fuga venosa” y le prescribió Tadalafil de uso diario. En el caso de que no lograra éxito, el paso siguiente sería colocar una prótesis peneana.

Juan se quedó muy asustado. Tomó la medicación por quince días. Dos veces más intentó algún éxito con prostitutas, pero no alcanzó más que hacer sexo oral y masturbarse.

Transcurridos tres meses - y el cuadro ya llevaba tres años - se dirigió a una de las clínicas que

“se ven en la televisión” y después de someterse a una serie de exámenes, se diagnosticó un problema de insuficiencia vascular. Se le aseguraron que para quedarse sano sería necesario aplicar una inyección en el pene dos veces por semana. A pesar de muy caras y de tener miedo de la “picada”, las inyecciones hacían efecto y Juan pasó a usarlas para que pudiera relacionarse sexualmente. “¡María me lo permitía porque yo conseguía penetrarle, pero me decía que nunca había conocido un hombre que necesitaba de inyección para ser Hombre!” Además, Juan adquirió más confianza y actualmente consigue masturbarse con buenas erecciones.

El caso de Juan es real y puede representar una compilación de casos que ocurren con frecuencia y que posiblemente son corrientes en los consultorios de profesionales que se dedican a la Medicina Sexual. Una gran parte de los profesionales cree que dichos casos tienen causa orgánica: la diabetes y el tabaquismo explican este problema. En la visión de los psicólogos y sexólogos, el inicio de este problema es abrupto y la ansiedad de desempeño, la depresión, la compañera que poco colabora y que se muestra castradora pueden explicar la disfunción eréctil psicogénica.

Algunos especialistas más condescendientes, con la intención de acomodar todos los datos, clasifican el caso de Juan como disfunción sexual de múltiples causas. El debate puede ampliarse pues el paciente estaba afectado de una diabetes y fumaba antes del inicio abrupto de la disfunción eréctil; además, el problema surgió en un momento de mucha ansiedad. La noticia del asalto probablemente produjo un gran estímulo adrenérgico que perjudicó la erección. La necesidad de un buen desempeño combinada con la falta de percepción de que aquel momento no era lo más adecuado para seguir su actividad sexual posiblemente llevó al paciente a quedarse muy preocupado y a seguir perpetuando la erección falla.

Las erecciones matutinas rígidas que persistían al inicio del cuadro clínico y llevaban al paciente a despertar su esposa para intentar mantener la relación sexual a cualquier precio, comprueban la integridad anatómica y muestran que la “máquina” funcionaba y que era la descarga adrenérgica que probablemente perjudicaba la erección. Según Mann *et al.* (2005), “la ocurrencia de por lo menos una erección nocturna normal indica que las estructuras del pene están intactas y que se cumplieron todos los requerimientos orgánicos periféricos para el desarrollo de una erección”.

Es muy probable que la secuencia de fallas y, por consiguiente, de frustraciones, haya reducido el interés del paciente por la actividad sexual; total, es

muy difícil tratar con alguna incapacidad sexual y el hecho de no intentarlo le “protege” al hombre de la frustración.

Muchos profesionales argumentarán que si el paciente no tuvo una erección siquiera con el uso de dosificaciones altas de inhibidores de PDE-5, significa que tiene un problema orgánico, quizá una disfunción endotelial causada por la diabetes.

Aunque el diagnóstico de disfunción endotelial sea muy complejo, la falta de respuesta a los inhibidores de PDE-5 no es patognomónico de lesión endotelial o de patología orgánica. Altos niveles de ansiedad pueden bloquear la respuesta a esas drogas. Ghanem *et al.* (2006) mostraron que cerca del 10% de los hombres jóvenes sin lesión orgánica y que presentaban la “impotencia de la luna de miel” no habían respondido al uso de sildenafil.

Por lo general, los pacientes con disfunción eréctil psicogénica suelen presentar fallas con algunas compañeras y con otras, no: se trata de un cuadro situacional.

Nuestro paciente pasó a presentar fallas con todas las compañeras y en todas las situaciones. Probablemente esa situación puede haber resultado del nivel de ansiedad del paciente. Se sabe que el músculo liso del cuerpo cavernoso permanece contraído y, por consiguiente, el pene se mantiene en estado flácido, por acción del sistema simpático. Si durante una relación sexual normal en la que el hombre tiene una

excelente erección y alguien o algo le asusta (por ejemplo, alguien entra en la habitación), la pérdida de la erección es inevitable y ocurre por estímulo adrenérgico. La presión para tener erección o el miedo de fallar mantiene el hombre en un nivel de ansiedad muy elevado, con una superexcitación del sistema adrenérgico, lo que dificulta y, muchas veces, impide la ocurrencia o mantenimiento de la erección, independiente de la compañera o de la situación. Él no se entrega al acto sexual para obtener placer, sino para verificar su capacidad de no fallar. La relación negativa ansiedad-erección es muy corriente en el contexto de los tratamientos de infertilidad. Saleh *et al.* (2003) relataron que un 11% de los hombres con función sexual normal no consiguieron tener erección en el momento de la recolección de semen para realización del espermograma o de alguna técnica de reproducción asistida.

En este caso, otro punto importante es el resultado de la ecografía Doppler de las arterias cavernosas que mostró la presencia de arterias normales. No ocurrió erección con la droga intracavernosa y la presencia de velocidad de pico diastólico elevada llevó la ecografista a diagnosticar la disfunción veno-oclusiva o “fuga venosa”.

La respuesta del músculo liso cavernoso a las drogas vasoactivas no es uniforme. Hace tiempo que se sabe que muchos hombres necesitan la aplicación de más de una dosificación o la asociación de dro-



gas para obtener una respuesta total del músculo cavernoso. Pagani *et al.* (1997) mostraron que aproximadamente el 70% de los hombres con disfunción eréctil psicogénica necesitaron, por lo menos, una dosificación más de droga vasoactiva para que la respuesta fuera completa. Como no existe una manera precisa de se evaluar la respuesta del cuerpo cavernoso a esas drogas, se debe considerar, con mucha desconfianza, los diagnósticos de fuga venosa basados en la ecografía Doppler o en la cavernosometría, principalmente cuando se desconoce tanto la dosificación utilizada como el número de aplicaciones realizadas (Glina y Ghanem, 2012).

En el caso estudiado, el paciente presentó buena respuesta eréctil en otras ocasiones, lo que rechaza definitivamente el diagnóstico de disfunción veno-oclusiva de los cuerpos cavernosos o “fuga venosa”.

Los especialistas que atienden a pacientes con disfunción sexual deben tener en cuenta que es muy importante escucharles con atención. En este caso, es muy fácil diagnosticar la disfunción eréctil orgánica: todo depende del énfasis que el paciente pone a los hechos de la historia; le basta omitir la presencia de erecciones matutinas o la manera cómo el

cuadro empezó. Corresponde al profesional buscar los datos importantes de la historia y no dejar llevarse por ideas preconcebidas. Es importante observar que el factor de riesgo no significa etiología. Ni todos los pacientes diabéticos o fumadores tendrán disfunción eréctil y los que vengan a tenerla necesariamente no la tendrán a causa de la diabetes o del hábito de fumar. De la misma manera que la diabetes y la hipertensión son factores de riesgo para la disfunción eréctil, factores psicosociales como depresión y estrés también lo son de manera igualmente importante. De esa manera, es fundamental acordarse que cada paciente es único y nuestro cuidado para con él debe ser integral y, muchas veces, lo que es bueno para uno puede no serlo para el otro.

Aunque la literatura nos lleve a pensar lo contrario, una lesión orgánica de la función eréctil no ocurre tan fácilmente. Los niveles de testosterona en los cuales ocurre la abolición de la respuesta eréctil son extremadamente bajos; niveles subnormales no impiden la ocurrencia de erecciones normales en animales y hombres (Traish y Guay, 2006).

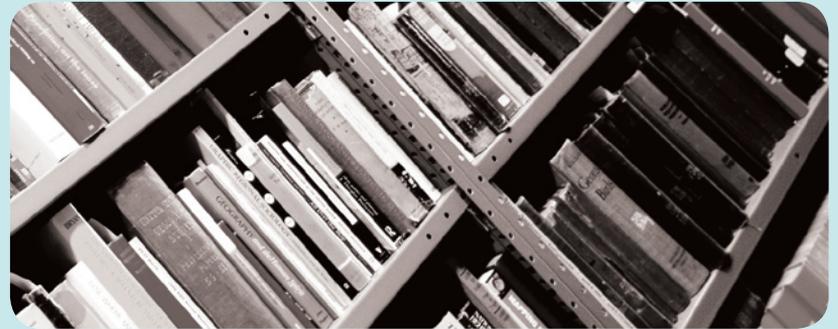
La vía del óxido nítrico-GMP cíclico no es la única que existe en la célula endotelial y en el músculo liso del cuerpo cavernoso; la prostaglandina E1 que se produce en el tejido cavernoso causa la relajación sinusoidal vía AMP cíclico. Éstos son algunos ejemplos de que la naturaleza se protege en el sentido de que no permite que la función responsable de

la perpetuación de la especie sea afectada fácilmente. La respuesta casi universal a los inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 es una reafirmación más de esa hipótesis.

Para que ocurra una erección con el uso de estos medicamentos se necesita que el hombre sienta deseo, transmita el impulso al tejido cavernoso, que ocurra la liberación de óxido nítrico y la producción de GMP-cíclico y sólo entonces el medicamento actuará bloqueando la degradación de éste último. Además, es necesario ocurrir la distensión de la musculatura sinusoidal, la dilatación del sistema arterial cavernoso, la distensión de la albugínea y el bloqueo del drenaje venoso, o sea, la “máquina” debe estar casi totalmente íntegra y funcionando.

Seguro que existen causas orgánicas. La disfunción eréctil postprostatectomía se trata del ejemplo más evidente, pero es fundamental que el especialista en Medicina Sexual no sea partidista de una parte o de otra. Como dije precedentemente, se necesita oír y tratar a nuestro paciente como un todo y debemos buscar siempre el mejor tratamiento para él, independiente de prejuicios y de ideas preestablecidas.

Le encaminé a Juan a la psicoterapia sexual y hoy, 8 meses después, él consigue tener buenas relaciones sexuales sin el uso de inyecciones. Sólo a veces, en “situaciones especiales”, él usa un inhibidor de fosfodiesterasa tipo 5, “al fin y al cabo, nadie es de hierro, ¿no es verdad, doctor?”.



## REFERÊNCIAS

Ghanem H, Zaazaa A, Kamel I, Anis T, Salem A, El Guindi A. Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsumated marriages. *Int J Impot Res.* 2006;18(1):52-4.

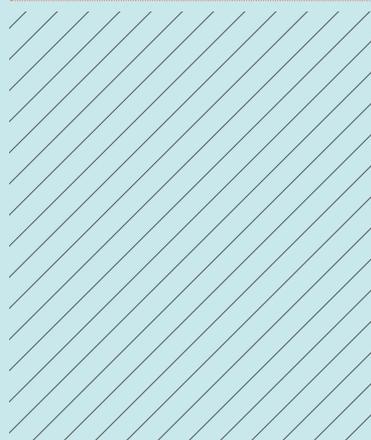
Glina S, Ghanem H. SOP: corpus cavernosum assessment (cavernosography/cavernosometry). *J Sex Med.* 2012 Sep 12. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02795.x. [Epub ahead of print].

Mann K, Pankok J, Connemann B, Sohn M, Thüroff JW, Benkert O. Sleep investigations in erectile dysfunction. *J Psychiatr Res.* 2005;39:93-9.

Pagani E, Puech-Leão P, Glina S, Reis JM. The value of a second injection on the pharmaco-induced erection test. *Int J Impot Res.* 1997;9(3):167-8.

Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril.* 2003;79(4):909-12.

Traish AM, Guay AT. Are androgens critical for penile erections in humans? Examining the clinical and preclinical evidence. *J Sex Med.* 2006;3(3):382-404.



**Sidney Glina:** *Urólogo; Jefe del Departamento de Urología del Hospital Ipiranga, Profesor Postdoctor de la Facultad de Medicina del ABC, Director del Instituto H. Ellis, Presidente de SLAMS – Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual.*